

CÓD: 5030

STATUS:

ALUNO



Nome: **MIGUEL DE SOUSA CAMPOS**

Data Nascimento: 01/03/2012

Sexo: M

Etnia: Pardo

☒ Pessoa com Deficiência (PCD)

0

CPF: 810.662.871-04 RG: 0

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: Brasília

UF: 7

Nome da Mãe: FABIANA LOPES DE SOUSA

Nome do Pai: NILSON CAMPOS

Endereco: QD 04 CONJUNTO B CASA 54 SRL - VILA BURITIS

Cidade: PLANALTINA

CEP: 73360-402

UF 7

Escola: CEF 04 DE PLANALTINA

Turno: Noturno

Tipo: Pública

Escolaridade: NA

Série / Ano: 1º Ano

Turma: B

Observações:

RESPONSÁVEL LEGAL

NILSON CAMPOS

Pai

FABIANA LOPES DE SOUSA

Mãe

MODALIDADE

19/05/2020 DM-II

Misto | 08:50 as 09:50 | Qua-Sex | 7 a 8 anos

12/08/2020 DM-II

Misto | 15:30 as 16:30 | Qua-Sex | 7 a 8 anos

19/08/2020 CPD (ESSENCIAL)

Misto | 15:30 as 16:30 | Qua-Sex | 7 a 8 anos

21/08/2020 DM-II

Misto | 15:30 as 16:30 | Qua-Sex | 7 a 8 anos

DECLARAÇÃO FUNCIONAL

Declaro que a pessoa aqui mencionada não apresenta qualquer registro clínico ou funcional de ordem sensorial, física, intelectual ou comportamental, bem como estou ciente que, apresentando qualquer manifestação, deverei comunicar a Secretaria do Centro Olímpico e Paralímpico, reservando à Direção do Centro Olímpico e Paralímpico solicitar, a qualquer momento, uma Avaliação Funcional ou Atestado Médico, com o objetivo da manutenção, remanejamento ou até desligamento das atividades do Centro Olímpico e Paralímpico, caso venha apresentar algum registro clínico, funcional ou comportamental, não compatível com os programas oferecidos no COP.

Declaro e confirmo a veracidade das informações acima e estou ciente e de acordo com as regras e normas contidas nos termos que estou recebendo no ato da matrícula:

☒ TERMO DE COMPROMISSO

☒ AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E ÁUDIO

Brasília-DF, sexta-feira, 28 de agosto de 2020

Carimbo / Assinatura (Secretaria)

Assinatura do(a) Aluno(a) / Responsável

Formulários abaixo deverão ser preenchido com informações referente ao (a) aluno (a) pelo responsável (no caso de menor de idade) e ou aluno adulto.

Nome do aluno (a): **MIGUEL DE SOUSA CAMPOS**

AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

De acordo com a Lei nº 5.555, de 6 de novembro de 2015, que altera a Lei nº 2.185, de 30 de dezembro de 1988, que dispõe sobre o registro e o funcionamento de academias e de estabelecimentos que atuam na área do ensino e prática de modalidades esportivas no Distrito Federal, e dá outras providências. **Eu, FABIANA LOPES DE SOUSA**, portador do RG nº: 1983984, CPF nº: 98360825149, autorizo a prática de Atividade Física de **MIGUEL DE SOUSA CAMPOS**, isentando de responsabilidade a Secretaria de Estado de Esporte e Lazer do Distrito Federal/GDF, por ocultação de qualquer informação de saúde que possa impedi-lo de praticar atividade física.

AUTORIZAÇÃO PARA QUE O ALUNO POSSA SE AUSENTAR SEM A PRESENÇA DE UM RESPONSÁVEL

- ☒ Autorizo o mesmo a se ausentar das dependências do Centro Olímpico e Paralímpico sem a presença de um responsável após o termino de suas atividades.
- ☐ Não autorizo o mesmo a se ausentar das dependências do Centro Olímpico e Paralímpico sem a presença de um responsável após o termino de suas atividades.
- Se NÃO AUTORIZADO, listar responsáveis autorizados:

NILSON CAMPOS	Pai
FABIANA LOPES DE SOUSA	Mãe
SUELENE DE PAULA MIRANDA	Vizinho

ANEXO I QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA – PARQ-

Este questionário tem como objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico, antes no início a atividade física. Caso você responda SIM a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividades física. Mencione este questionário e as perguntas à quais você respondeu SIM. Assinale SIM ou NÃO às seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? ☒ SIM ☐ NÃO
- 2) Sente dores no peito quando realiza atividade física? ☒ SIM ☐ NÃO
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? ☐ SIM ☒ NÃO
- 4) Apresenta desequilíbrio devido à tontura ou perda de consciência? ☒ SIM ☐ NÃO
- 5) Possui algum problema ósseo ou articular que piora com atividade física? ☒ SIM ☐ NÃO
- 6) Toma atualmente algum medicamento para pressão arterial ou coração? ☐ SIM ☒ NÃO
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?" ☐ SIM ☒ NÃO

ANEXO II

Eu, FABIANA LOPES DE SOUSA, portador do RG nº: 1983984, CPF nº: 98360825149, DECLARO estar CIENTE de que é recomendável consultar um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido SIM a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física – PARQ-Q. Assumo plena e total responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Declaro e confirmo a veracidade das informações acima.

Brasília-DF, sexta-feira, 28 de agosto de 2020

Carimbo / Assinatura (Secretaria)

Assinatura do(a) Aluno(a) / Responsável